

искуства и новини од светот**ИНКЛУЗИЈА НА ДЕЦАТА СО
ИНТЕЛЕКТУАЛНИ И КОМБИНИРАНИ
ПРЕЧКИ: ПРИОД НА
РЕХАБИЛИТАЦИЈАТА ЗАСНОВАНА
ВО ЗАЕДНИЦАТА, ИНДИЈА**

Рам ЛАКХАН

Одделение за посебни потреби
Општинска училишна област во Јазу Сити
САД

Примено: 05.01.2013
Прифатено: 10.02.2013
UDK: 376-056.31(540)

Резиме

Вовед: Инклузијата на децата со интелектуална попреченост (ИП) и со комбинирани пречки (КП) во редовните училишта во Индија е на крајно ниско ниво. Една од клучните цели на рехабилитацијата заснована во заедницата (РЗЗ) е да ги вклучи децата со ИП и КП во редовните училишта. Ова истражување се обидува да ја открие поврзаноста на возраста, тежината на ИП, нивото на сиромаштијата, полот, образованието на родителите, популацијата, комбинирани пречки коишто содржат едно или повеќе нарушувања: церебрална парализа, епилепсија и психијатриски нарушувања, со инклузијата на 259 деца во Барвани Блок во областа Барвани во државата Маджа Прадеш, Индија.

Цел: Инклузија на децата со интелектуални и комбинирани пречки во редовните училишта преку РЗЗ-пристапот во Индија.

Метод: χ^2 тест е употребен за да се испита поврзаноста меѓу инклузијата и променливите варијабли: категоријата на ИП, возраста, полот, нивото на сиромаштијата, образованието на родителите, типот популација и комбинирани пречки.

Адреса за кореспонденција:

Рам ЛАКХАН
Одделение за посебни потреби
Општинска училишна област во Јазу Сити,
1133 Calhoun Avenue, Yazoo City,
MS - 39194, USA
Телефон: (662) 746-2125, fax: (662) 746-5062
Е-пошта: ramlakhan15@gmail.com

world experience and current events**INCLUSION OF CHILDREN
WITH INTELLECTUAL AND
MULTIPLE DISABILITIES:
A COMMUNITY-BASED
REHABILITATION APPROACH, INDIA**

Ram LAKHAN

Office of Exceptional Needs
Yazoo City Municipal School District
USA

Received: 05.01.2013
Accepted: 10.02.2013
Original Article

Background: Inclusion of children with intellectual disabilities (ID) and multiple disabilities (MD) in regular schools in India is extremely poor. One of the key objectives of community-based rehabilitation (CBR) is to include ID & MD children in regular schools. This study attempted to find out association with age, ID severity, poverty, gender, parent education, population, and multiple disabilities comprising one or more disorders cerebral palsy, epilepsy and psychiatric disorders with inclusion among 259 children in Barwani Block of Barwani District in the state of Madhya Pradesh, India.

Aim: Inclusion of children with intellectual and multiple disabilities in regular schools through CBR approach in India.

Method: Chi square test was conducted to investigate association between inclusion and predictor variables ID categories, age, gender, poverty level, parent education, population type and multiple disabilities.

Correspondence address:

Рам ЛАКХАН
Positive Behavior Specialist and Exceptional Need Instructor
Office of Exceptional Needs,
Yazoo City Municipal School District, 1133 Calhoun
Avenue, Yazoo City, MS - 39194, USA
Phone: (662) 746-2125, fax: (662) 746-5062
Email: ramlakhan15@gmail.com

Резултат: Инклузијата беше овозможена за гранични случаи 2 (66,4%), лесни 54 (68,3%), умерени 18 (18,2%) и на возраст од 5 до 12 години 63 (43%); на 63 (30,6%) деца што живеат во сиромашни семејства, несиромашни 11 (18,9%); од необразовани родители 52 (26%), со основно образование 11 (65%), со средно училиште 10 (48%), со гимназиско образование 0 (0%) и дипломирани 1 (7%); женски 34 (27,9%), машки 40 (29,2%), племенски 40 (28,7%), неплеменски 34 (28,3%); со комбинирани пречки со церебрална парализа 1 (1,2%), епилепсија 3 (4,8%) и психијатриски нарушувања 12 (22,6%) им беше овозможено инклузивно образование. Забележана е значајна разлика во инклузијата меѓу ИП-категиите ($\chi^2=99,8$ $p < 0,001$), нивото на сиромаштија ($\chi^2=3,37$ $p < 0,044$), образованието на родителите ($\chi^2=23,7$ $p < 0,001$), КП со ЦП ($\chi^2=43,9$ $p < 0,001$) и со епилепсија ($\chi^2=22,4$ $p < 0,001$).

Заклучок: Инклузијата остварена преку РЗЗ е можна и прифатлива во сиромашните рурални средини во Индија. РЗЗ може да ја олесни инклузијата на децата од категоријата на граничните случаи, од лесната и умерената категорија со вклучување на нивните родители, на наставниците и претставниците на заедницата.

Клучни зборови: интелектуална попреченост, комбинирани пречки, инклузија, коефициент на интелигенција, церебрална парализа, епилепсија, психијатриски нарушувања, рехабилитација заснована во заедницата, Индија

Вовед

Организацијата на Обединетите нации за образование, наука и култура (УНЕСКО) во својот извештај „Образование за сите 2000“ оцени дека 20% од децата на училишна возраст не посетуваат училиште (1). Приближно 87% од овие деца живеат во земјите во развој, како што е Индија (2). Најголем дел од децата со попреченост се надвор од училиштата. Малкубројните деца со ИП коишто имаат можност да посетуваат училиште, не се развиваат адекватно. Повеќето од нив се откажуваат пред да стигнат до средно училиште (3). Како резултат на поголемата свесност за ИП во урбаните општества, децата се во подобра ситуација од оние во руралните средини.

Result: Inclusion was possible for borderline 2(66.4%), mild 54(68.3%), moderate 18(18.2%), and age range from 5 to 12 years 63 (43%). Children living in poor families 63 (30.6%), not poor 11(18.9%), parental education none 52 (26%), primary level 11 (65%), middle school 10 (48%) high school 0 (0%) and bachelor degree 1(7%), female 34 (27.9%), male 40 (29.2%), tribal 40 (28.7%), non-tribal 34(28.3%) and multiple disabled with cerebral palsy 1(1.2%), epilepsy 3 (4.8%) and psychiatry disorders 12 (22.6%) were able to receive inclusive education. Significant difference in inclusion among ID categories ($\chi^2=99.8$, $p < 0.001$), poverty ($\chi^2=3.37$, $p < 0.044$), parental education ($\chi^2=23.7$, $p < 0.001$), MD CP ($\chi^2=43.9$, $p < 0.001$) and epilepsy ($\chi^2=22.4$, $p < 0.001$) were seen.

Conclusion: Inclusion through CBR is feasible and acceptable in poor rural settings in India. CBR can facilitate inclusion of children with borderline, mild and moderate categories by involving their parents, teachers and community members.

Keywords: Intellectual Disability, Multiple Disability, Inclusion, Intelligence Quotient (IQ), Cerebral Palsy, Epilepsy, Psychiatric Disorders, Community-based Rehabilitation, India

Introduction

United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) in the assessment “Education for All 2000” reported that 20% of school-age children are not attending school (1). Approximately 87% of these children are living in developing countries such as India (2). The largest portion of children with disabilities is away from schools. Few children with ID that receive the opportunity to attend school do not progress adequately. Most of them drop out before reaching middle school (3). Due to more awareness of ID in urban societies children are in better situations than those in rural areas.

Децата што живеат во сиромашни рурални средини многу повеќе страдаат од децата во урбаните средини. Помеѓу многуте различни видови попречености, децата со интелектуална попреченост и комбинирани пречки се почесто исклучени од придобивките од образованието. Децата со интелектуална попреченост и комбинирани пречки имаат значаен недостаток во когнитивните и аналитичките способности. Тие не можат да дадат отпор против каква било дискриминација и неправда. Ним им е потребна значителна поддршка во остварувањето на нивните права.

Светската здравствена организација (СЗО), интелектуалната попреченост ја дефинира како „...значително редуцирана способност за разбирање на новите или комплексни информации и за учење и примена на новите вештини (нарушена интелигенција). Тоа резултира со редуцирани можности за самостојно справување (нарушено социјално функционирање) и започнува пред полнолетството, а има траен ефект на развојот“ (4, 5). Две или повеќе од два вида пречки заедно, се сметаат за комбинирани пречки. Луѓето со КП бараат повеќе внимание и поддршка во образовната програма (6). Претходно, ИП беше позната како ментална ретардација. Терминот *ментална ретардација* неодамна беше сменет со ИП, бидејќи синтагмата *ментална ретардација* значеше општествено омаловажување на луѓето на коишто се однесува. Преваленцијата на ИП е многу голема низ целиот свет (1-4%) (7). Сепак, преваленцијата на ИП во Индија во голема мера е слична со онаа во светот, но сепак е поголема во сиромашните рурални средини (8, 9). Децата со интелектуална попреченост и комбинирани пречки се ранлива категорија во општеството. Тие имаат потреба за различна нега. Нивните рехабилитациски потреби во голема мера зависат од тежината на попреченоста. Имаат потреба од сестрана рехабилитација што ќе одговара на нивните лични и социјални потреби. Исто така, заедницата треба да ги препознае нивните способности и да реализира хоалистичка рехабилитација. Во Индија постојат институции што се обидуваат да овозможат рехабилитациски услуги, но повеќето од овие институции се сместени во поурбаните средини. Ограничена е достапноста на институциите базирани во урбаните средини за популацијата што живее во руралните средини. Во овој случај се поставува прашањето што треба да се

Children living in poor rural areas are suffering more than those in urban areas. Among all different types of disabilities, children with intellectual and multiple disabilities are most often excluded from educational benefits. Children with intellectual and multiple disabilities significantly lack cognitive and processing abilities. They find it difficult to resist against any discrimination and injustice. They need considerable support in availing their rights.

World Health Organization (WHO) defines intellectual disability as “ . . . a significantly reduced ability to understand new or complex information and to learn and apply new skills (impaired intelligence). This results in a reduced ability to cope independently (impaired social functioning), and begins before adulthood, with a lasting effect on development” (4, 5). Two or more than two types of disabilities together are considered multiple disabilities. People with MD require more attention and support in education programming (6). Previously, ID was known as mental retardation. The term mental retardation was reassigned as ID recently, because the word mental retardation was socially belittling to the affected people. Prevalence of ID is very high across the world (1-4%) (7). However, prevalence of ID in India largely falls in similar range of the prevalence in the world, but it is greatly higher in poor rural areas (8, 9).

Children with intellectual and multiple disabilities are vulnerable in societies. They have several caring needs. Their rehabilitation needs vary depending on the severity of the disability. They need comprehensive rehabilitation addressing all their personal and social needs. There is also a need for the community to recognize their abilities and promote holistic rehabilitation. There are institutions in India trying to offer rehabilitation services, but most of these organizations are located in more urban settings. Outreach of urban-based institutions is very limited for the population living in rural settings. In this situation, questions arise about what should be done to serve the ID & MD population of rural

стори за да се услужат луѓето со ИП и КП од руралните средини, особено племенската популација што живее во селата коишто не се поврзани со градовите со патишта или немаат адекватен капацитет за транспорт. Над сè, рехабилитацијата на оваа популација е сериозна грижа на јавното здравство и рехабилитација (10). РЗЗ е пристап што овозможува рехабилитација на луѓето со попреченост. Постојат големи можности РЗЗ да биде опција во руралните средини коишто немаат ресурси. РЗЗ стекнува кредибилитет во земјите во развој. Од Светската здравствена организација беше предложен како најсоодветен модел за рехабилитација во сиромашните заедници. Овој модел е, исто така, истакнат како корисен поради неговата културна сензитивност (11), пристапност и финансиска ефективност (12). РЗЗ ги опфаќа заедниците и ги користи нивните ресурси. Се покажа како практичен метод, сеопфатен, хуманитарен во начинот на достигнување до недостижните, обесправените и оние што се во неволја.

СЗО утврдила дека 1 од 10 деца од земјите во развој има посебни образовни потреби (2). Образованието на децата со интелектуална попреченост и комбинирани пречки не е приоритет. Главно, на проблемот со образованието на децата со ИП и КП не се обрнува доволно внимание од креаторите на образовната политика (2). Напорите за излегување во пресрет на образовните потреби за таа популација се одвиваат бавно низ цела Индија. Новиот концепт за *инклузија*, претставен во образованието, го привлече вниманието на креаторите на образовната политика и на практичарите (13) во целиот свет, па и во Индија. Досега, Соединетите Американски Држави, Обединетото Кралство, скандинавските и други европски земји покажаа значаен прогрес во вклучувањето на децата со интелектуална попреченост и комбинирани пречки во училиштата, но инклузијата во Индија за овие деца е речиси незначителна (13).

Инклузивниот прогрес е екстремно бавен поради неколку структурни прашања поврзани со образовната политиката. Ставот на заедницата, на родителите и на давателите на услуги се исто така инхибирачки фактори (14). Концептот за инклузивно образование сè уште не е поврзан со поширока дискусија и со квалитетот на образованието во Индија (3). Според Актот за лицата со попреченост, Индија, 1995 (АЛП), индиската влада ја промовира интеграцијата на

remote areas, especially the tribal population that lives in villages that are not connected to the cities through roads or do not have adequate transportation facilities. Overall rehabilitation of this population is a serious public health and rehabilitation concern (10).

CBR is an approach of providing rehabilitation to people with disabilities. It is a strong likelihood that CBR may be an option in rural areas lacking resources. CBR is gaining credibility in developing countries. It was proposed by the World Health Organization as the most appropriate model of rehabilitation in poor communities. This model is also reported useful due to its cultural sensitivity (11), accessibility, and cost-effectiveness (12). CBR involves communities and utilizes its resources. It has appeared as practical, comprehensive and humanitarian in the way of reaching the unreached, disadvantaged and needy.

WHO, estimates that 1 in 10 children in developing countries have special needs in education (2). Education for children with intellectual and multiple disabilities has not been a priority. Globally, the issue of education for ID & MD children is not receiving enough attention from educational policy makers (2). The growth towards meeting educational needs of such population is very slow across India. The new concept of "inclusion" introduced in education attracted interest of educational policy makers and practitioners (13) across the world as well as in India. So far the United States, the United Kingdom, Scandinavian, and other European countries have shown great progress in including children with intellectual and multiple disabilities in schools, but inclusion in India for these children is almost negligible (13).

Progress towards inclusion is extremely slow due to several structural, policy related issues. The attitude of community, parents and service providers are also inhibiting factors (14). The concept of Inclusive Education has not been linked to a broader discussion and quality education in India yet (3). According to the Persons with Disabilities Act, India 1995 (PWD), the Indian government assures

учениците со попреченост во редовните училишта (15). Актот за лицата со попреченост исто така промовира „востановување и достапност на посебните училишта низ земјата“ и во јавниот и во приватниот сектор (3). Индиската влада треба да вложи повеќе средства за истражувања и за развој на инфраструктурата, како што е во другите земји во развој, за да ја промовира инклузијата за интелектуалната попреченост и комбинирани пречки.

Во Индија, образованието на децата со попреченост е сè уште во рамките на волонтерските организации (13). Но, поради недостаток на инфраструктура и финансиска поддршка, достапноста на овие волонтерски организации е ограничена (16). И покрај големиот развој на образовната идеологија, повеќето од децата со ИП и КП добиваат образование во посебни училишта раководени од невладини организации (НВО) (13). Некои од волонтерските организации го промовираат инклузивното образование и во владата. Тие значајно го менуваат нивниот модел од посебни училишта во инклузивно образование, но повеќето од НВО сè уште претпочитаат отворање посебни училишта (17). Организациите што го промовираат инклузивниот модел ја олеснуваат инклузијата со добивање финансиска поддршка од националните и интернационалните организации за финансирање. Невладините организации остваруваат партнерство со државните власти во различни земји и соработуваат околу потребата од обуки за наставниците и вежби за создавање на тој модел. Програмата на владата во Индија „Serve Siksha Abhiyan“ („Образование во сите насоки“ - ОСН) покажува мал прогрес во смисла на инклузија на деца со телесен инвалидитет, но ситуацијата со децата со интелектуална попреченост и комбинирани пречки останува непроменета (18).

Ashagram Trust (AT) е невладина организација сместена во областа Барвани во Маджа Прадеш. Барвани е најсиромашната област во Индија. AT го имплементираше проектот Р33 во 63 села во блокот Барвани и се обидува да обезбеди сеопфатна рехабилитација за сите луѓе со пречки. Инклузијата на деца со интелектуални и комбинирани пречки е исто така една од главните цели на проектот.

promoting integration of students with disabilities in regular schools (15). The PWD act also assures to promote “establishment and availability of special schools across the nation” in both public and private sectors (3). India’s government needs to put more resources in research and infrastructure development like other developed countries to promote inclusion for intellectual and multiple disabilities.

In India, education for children with disabilities is still a responsibility of voluntary organizations (13). But, due to lack of infrastructure and funding support the outreach of these volunteer organizations is very limited (16). Despite the great development in educational ideology, most of the ID & MD children receive education in special schools operated by non-government organizations (NGO) (13). Some of the volunteer organizations have started pushing the agenda of inclusive education in government. They are gradually shifting their mode from special school to inclusive education, but most of the NGOs still prefer to open special schools (17). These organizations are facilitating inclusion by taking financial help from national and international funding organizations. Non-government organizations are partnering with state government in different states and collaborating for teachers’ training awareness creation in community and model building exercise. “Serve Siksha Abhiyan” (SSA) is showing little progress towards inclusion of children with physical disabilities, but the situation for children with intellectual and multiple disabilities remains unchanged (18).

Ashagram Trust (AGT) is a non-government organization located in Barwani district of Madhya Pradesh. Barwani is the poorest district in India. AGT implemented a CBR project in 63 villages of Barwani block and attempted to provide comprehensive rehabilitation to all people with disabilities. Inclusion of children with intellectual and multiple disabilities was also one of the major objectives of the project.

Цели

Да се испита поврзаноста меѓу инклузијата и другите поврзани фактори (возраст, пол, ниво на сиромаштија, тип популација, образование на родителите) со поврзаните услови.

Метод

Демографија и примерок

Според листата на Одделот за меѓународен развој (ОМР), Барвани - племенската област во државата Маджа Прадеш е меѓу 100-те најсиромашни области во Индија (19). Вкупната популација изнесува 1385659 (мажи 699578 и жени 686081), според пописот од 2011. Има две популации: племенска (68%) и неплеменска (32%). Повеќе од половина од оваа популација живеат под нивото на сиромаштијата. За времетраењето на овој проект (1999-2010) многу села немаа патишта, електрична енергија и здравствени установи. И покрај сè, племенската популација е во понеповолна положба (20). Чистата вода за пиење им е достапна само на 8,3%, тоалетите на 4,3%, а 61-64% од женските деца се мажат пред 18-тата година (21). Егзистенцијата на мнозинството зависи од сезонското земјоделство и од сезонската работа. Ако во текот на земјоделската сезона луѓето немаат работа, тие мигрираат во најблиската област во соседните држави, како што се Гуџарат и Махараштра (22).

АТ доби финанси од „Акција за помош“ (Action Aid), Индија, за имплементација на РЗЗ-проектот. Иницијално, 51 село од вкупно 63 во проектот, беа прегледани од врата до врата. Вкупно 262 деца на возраст од 3 до 18 години беа идентификувани како лица со интелектуални и комбинирани пречки. Според дефиницијата за ИП, лицата со интелектуална попреченост имаа поврзани/секундарни пречки, третирали како комбинирани пречки во овој труд. Сите тие беа опфатени во проектот за целосна рехабилитација по добиената согласност од нивните родители за услугите и за употребата на нивните податоци за целите на истражувањето. Ниту едно дете идентификувано со ИП или КП во тоа време не беше запишано во редовно училиште. Оваа реалност беше изненадување за целиот РЗЗ-тим, бидејќи се надеваа дека барем неколку деца ќе бидат

Objectives

To investigate association between inclusion and other associated factors: age, gender, poverty level, population type, parent education, and associated conditions.

Method

Demographic and Sampling

According to the list of the Department for International Development (DFID), Barwani -- a tribal district of Madhya Pradesh state -- is amongst the 100 poorest districts in India (19). The total population of the district is 1385659 (m 699578 & f 686081) (census 2011). It has two populations: tribal (68%) and non-tribal (32%). Over half of the population of this district lives below the poverty line. During the span of this project (1999 to 2010) many villages did not have roads, electricity and health facilities. Overall, tribal population is more disadvantaged (20). Safe piped drinking water is available to only 8.3%, toilet to 4.3% and 61-64% of females marry before the age of 18 (21). The livelihood of the majority of the people depends on seasonal agriculture and labor. During agricultural seasons when work is not available to the people, they migrate to the closest districts of adjoining states such as Gujarat and Maharashtra (22).

AGT received funding from Action Aid, India to implement CBR project. Initially, 51 villages from 63 total villages of the project were surveyed door to door. A total of 262 children from 3 to 18 years were identified to have intellectual and multiple disabilities. According to the definition of ID, people with intellectual disabilities have associated /secondary disabilities treated as multiple disabilities in this paper. All these cases were recruited in the project to receive comprehensive rehabilitation after obtaining consent from their parents for services and data use for research purpose. Not even a single child identified, as ID or MD in a screening survey was enrolled in regular school at that time. This reality was surprising for the entire CBR team. Because, they hoped that few

инклузирани како резултат на имплементацијата на Актот за лица со попреченост од 1995 година во оваа земја.

Дијагностицирање на интелектуалната попреченост

Случаите идентификувани во истражувањето беа дополнително тестирани со најмалку два стандардизирани теста: тест за аналитички преглед на развојот (Developmental screening test - DST) и индиска адаптација на скалата за социјална зрелост на Винеленд (Vineland Social Maturity Scale - VSMS). DST дава коефициент на развојот (DQ), а VSMS го дава социјалниот коефициент (SQ), а просекот на DQ и SQ кореспондира со коефициентот на интелигенција (IQ), кој беше искористен за нивните дијагнози. Беше следен критериумот за дијагностицирање и класификација од МКБ-10 (Меѓународна статистичка класификација на болестите и сродните здравствени проблеми, 10. ревизија). Децата беа категоризирани во пет категории на интелектуална попреченост, според нивниот коефициент на интелигенција. Категориите се рангирани од највисока до најниска: гранични случаи (IQ > 70), лесна (IQ 50 – 69), умерена (IQ 35 – 49), тешка (IQ 20 – 34) и многу тешка (IQ < 20). Критериумите од МКБ-10 се популарни и широко употребувани меѓу земјите -членки на Светската здравствена организација за дијагностицирање на луѓето со ментални и бихевијорални нарушувања (24). Најчесто децата со ИП имаат поврзани нарушувања. Најчести се: церебрална парализа (ЦП), епилепсија и психијатриски нарушувања (25). Децата беа испитани за какво било секундарно нарушување. Дополнителната попреченост ги префрла во категоријата на комбинирани пречки. Комбинираните пречки не само што дополнително ги оптоваруваат децата туку и придонесуваат за нивна изолација во општеството. Тие се исклучени од инклузивното образование во Индија.

Процесот на инклузија

Најважна цел на РЗЗ-проектот е да се обезбеди сеопфатна рехабилитациона интервенција за луѓето со интелектуални и комбинирани пречки. Инклузијата на децата на училишна возраст е една од главните цели во

children would already be in inclusion as a result of implementation of Persons with Disabilities Act, 1995 in the country.

Diagnosis of Intellectual Disability

Cases identified in the survey were further tested at least on two standardized tests; developmental screening test (DST) and Indian adaptation of Vineland Social Maturity Scale (VSMS). DST gives development quotient (DQ) and VSMS social quotient (SQ) and average of DQ & SQ corresponds with IQ, which was used for their diagnosis. The ICD-10 criteria of diagnosis and classification were followed. Children were categorized in five categories of intellectual disabilities based on their IQ scores. The categories are ranges from higher to lower borderline (IQ > 70), mild (IQ 50 – 69), moderate (IQ 35 – 49), severe (IQ 20 – 34) and profound (IQ < 20). ICD-10 criteria are popular (23) and widely used across member countries of the World Health Organization to diagnose people with mental and behavioral disorders (24). Most often children with ID have associated disorders. Cerebral palsy (CP), epilepsy, and psychiatric disorders are more common (25). Children were assessed for any secondary disabilities. Secondary disabilities transfer them into the category of multiple disabilities. Multiple disabilities not only put an additional burden on children, but also isolate them from the society. They are severely excluded from receiving inclusive education in India.

Process of Inclusion

The larger goal of CBR project was to provide comprehensive rehabilitation intervention to people with intellectual and multiple disabilities. Inclusion of school-age children was one of the major objectives under the larger

рамките на најважната цел на РЗЗ. Процесот на инклузија беше иницијализиран на три нивоа: а) заедница, б) родители и в) лица со ИП. Интервенцијата во заедницата беше извршена со следниве потцели коишто водат до главната цел на инклузијата:

- заедницата ја препознава потребата за образование на децата со интелектуални и комбинирани пречки;
- Заедницата знае дека децата со интелектуални и комбинирани пречки имаат еднакви права за образование во редовните училишта без никаква дискриминација;
- Заедницата се јавува како група што притиска и се однесува како координатор меѓу родителите, училиштето и наставниците во областа;
- Заедницата продолжува да ја олеснува инклузијата на сите деца со ИП и КП;
- Ги поттикнува и ги мотивира родителите за инклузија;
- Ги подготвува децата со ИП и КП за премин од домашни во училишни услови.

a) **Заедница:** Беа спроведени активности за осознавање и за поддршка. Беа формирани групи во заедницата, наречени „селски заедници“ за прашањата околу попреченоста. Овие групи беа сензибилизирани и можеа преку обуки и директна поврзаност да им помагаат на луѓето со пречки во развојот да ги остварат своите права. Во овие заедници, исто така, вклучени се и наставници, медицински сестри и владини работници од програмата за лица со пречки во развојот *Viklang Bandhu*. Овие работници беа, исто така, насочени кон различните шеми за луѓето со пречки во развојот и кон нивните потреби. Исто така, беа идентификувани потребите за обука на овие стручни работници во селата во текот на состаноците на заедницата и беа доставени до засегнатите оддели во областа за соодветни активности.

b) **Групи родители:** Беа формирани за специфична попреченост, кои треба да обезбедат обука според потребата за заштита на нивните деца со пречки во развојот и можноста тие да добијат потврда за попреченоста, социјално осигурување, образование и други бенефиции потврдени во Законот за лица со попреченост, Индија, 1995.

goal of CBR. The process of inclusion was initiated at three levels: a) community, b) parent and c) ID individuals. The community intervention was carried out with the following sub objectives leading to the main objective of inclusion.

- Community recognizes need of education for children with intellectual and multiple disabilities.
- Community recognizes that children with intellectual and multiple disabilities have equal rights of receiving education in regular schools without any discrimination
- Community emerges as pressure group and act as coordinating agents among parents, schools and education officers of the district
- Community keeps facilitating inclusion of all ID & MD children
- Strengthen and motivate parents for inclusion
- Prepare ID & MD children to transit from home to school

a) **Community:** Awareness and advocacy activities were conducted. Community groups, called “village committees” were formed around the issues of disabilities. These groups were sensitized and enabled through trainings and exposure so that they can support disabled people to avail their rights. These committees also included teachers, nurses, and government disability workers (*Viklang Bandhu*). These workers were also oriented with various schemes for disabled people and sensitized towards their needs. Training needs of these professionals working in villages were also identified during community meetings and they were communicated to the concerned district level department for appropriate actions.

b) **Parent Groups:** These were formed around specific disabilities and provided need based training regarding care of their disabled children and their ability to obtain a disability certificate, social security, education and other benefits outlined in Persons with Disabilities Act, India – 1995.

c) **Comprehensive intervention to Children**

- в) **Сеопфатна интервенција кај децата со интелектуални и комбинирани пречки:** Сите деца добиваат сеопфатни рехабилитационски услуги од медицински третман за секоја медицинска или за психијатриска состојба од психијатар. Стручните лица за интелектуална попреченост спроведуваат обука за активности од секојдневниот живот, за модификации во однесувањето, физиотерапија, јазични обуки, советување, специјално образование, стручна обука и водич за другите поврзани услуги. Овие стручни лица имаат екстензивна обука за интелектуалните пречки и беа потврдени од Советот за рехабилитација на Индија во склоп на Актот на Советот за рехабилитација во Индија (СРИ), 1992 (еден од стручните лица е авторот на истражувањето).

Стручните лица ги проценуваат различните потреби на децата од областа на образованието, медицината, поведението, моториката, јазичните и комуникациските вештини преку неколку стандардизирани теста. Стручните лица даваат насоки за интервенција на рехабилитаторите во заедницата и кај родителите. Стручните лица ги надгледуваат интервенциите и одвреме-навреме го разгледуваат напредокот на децата.

Критериуми за инклузија: Тимот за рехабилитација во заедницата заедно со родителите на деца со интелектуални и комбинирани пречки се обидуваат да ги вклучат сите деца во училиште, а предност им беше дадена на децата под 14-годишна возраст и со полесна попреченост. Тоа се спроведе стратешки за да се добијат поволни резултати, така што луѓето вклучени во процесот на инклузијата да останат мотивирани и да не се откажат од напорите за инклузија на сите деца. Стручните лица останаа во редовен контакт со персоналот од опфатените училишта и ги мотивираа во духот на нивната стручност. Академските постигнувања за овие деца беа пониски од оние на нивните врсници. Почетни очекувања од инклузијата беа: а) децата да бидат мотивирани за одење во училиште; б) да бидат прифатени од врсниците; в) да ја усвојат рутината; г) да учествуваат во воннаставните активности; д) да ги усвојат основните вештини за читање, пишување, математика и е) да останат во училиштето до крајот на учебната година. Децата на возраст од 3 до 5 години беа вклучени во цен-

with intellectual and multiple disabilities: All children received comprehensive rehabilitation services ranging from medical treatment for any medical or psychiatric condition by a psychiatrist. Professionals in Intellectual Disabilities provided training activities for daily living, behavior modification, physiotherapy, language training, counseling, special education, vocational training and guidance for other related services. These professionals had extensive training in intellectual disabilities and they were certified by Rehabilitation Council of India under RCI Act 1992. (One reported professional is the author of this research)

Professionals assessed children for their various needs in the areas of education, medical, behavior, motor, language & communication through several standardized tests. Professionals imparted intervention, which was constantly followed by Community-based rehabilitation workers (CBRWs) and parents. Professionals supervised the intervention and periodically reviewed the progress of the children.

Inclusion Criteria: The CBR team along with the parents of the intellectual and multiple disabilities children attempted to enroll all children in school, but priority was given to the young children under the age of 14 and with less severe levels of disabilities. It was done strategically to get favorable results, so that the people involved in the process of inclusion feel motivated and do not give up their efforts of including all children. Professionals stayed in regular contact with enrolling school staff and motivated them for their professional spirits. Academic objectives for these children were set lower than their age-matched peers. Initial expectations of inclusion were; **a)** child feel motivated to come to school, **b)** be accepted by peers, **c)** learn a routine, **d)** participate in extra-curricular activities, **e)** learn basic concept in reading, writing, math and **e)** stay in school for a complete academic year. Children from the age of 3 up to 5 were enrolled in

трите „Агнвади“, а децата над 6 години во основните училишта, вклучувајќи ги и оние деца што беа доволно возрасни да посетуваат средно училиште. Центрите „Агнвади“ се раководени од Шемата за интегриран развој на детето (ШИРД) во Индија.

Статистичка анализа

За статистиката е употребена студентската верзија SPSS 21. Употребени се фреквенција, процентот, точкаст x/y-дијаграм и χ^2 тест за да се открие поврзаноста меѓу варијаблите: возраста, категоријата на ИП, полот, нивото на сиромаштијата, типот на популацијата, образованието на родителите и комбинираниите пречки. Во дискусијата се вклучени и резултатите од интеракцијата на авторот со заедницата, родителите, наставниците, тимот за развој во заедницата и со претставниците од областа.

Резултати

Табела 1: Поделба на децата со ИП и КП вклучени во инклузијата и неинклузирани според возраста

“Aagnwadi” centers and children above 6 years were in primary schools including those children who were old enough to attend middle school. These *Aagnwadis* are run by Integrated Child Development Scheme (ICDS) of India.

Statistical analysis

The student version of SPSS 21 is used for the statistics. We have used frequency, percentage, scatter plot and χ^2 test to find the association between variables age, ID category, gender, poverty level, population type, parent education, and multiple disabilities. The discussion portion incorporates the outcome of the author’s interaction with community, parents, schoolteachers, CBR team and district officials.

Results

Table 1: Age wise distribution of ID & MD Children with and without inclusion

Возраст (години) Age (Years)	Инклузија/ Inclusion		Статистички тестови/ Test Statistics
	Да/Yes	Не/No	
3	2 (7%)	26 (93%)	$\chi^2 = 43.41$ <i>P</i> вредност < 0.001/ <i>P</i> value < 0.001
4	5 (22%)	18 (78%)	
5	7 (44%)	9 (56%)	
6	8 (33%)	16 (67%)	
7	7 (39%)	11 (61%)	
8	11 (44%)	14 (56%)	
9	8 (44%)	10 (56%)	
10	10 (55%)	8 (45%)	
11	5 (41%)	7 (59%)	
12	7 (44%)	9 (56%)	
13	3 (25%)	9 (75%)	
14	1 (6%)	15 (94%)	
15 -18	0 (0%)	35 (100%)	

Табела 2: Децата со интелектуални и комбинирани пречки во процесот на инклузијата спроти неинклузираните врз основа на категоријата на ИП, полот, нивото на сиромаштијата, типот на популацијата, образованието на родителите и дополнителните нарушувања (церебрална парализа, епилепсија и психијатриски нарушувања)

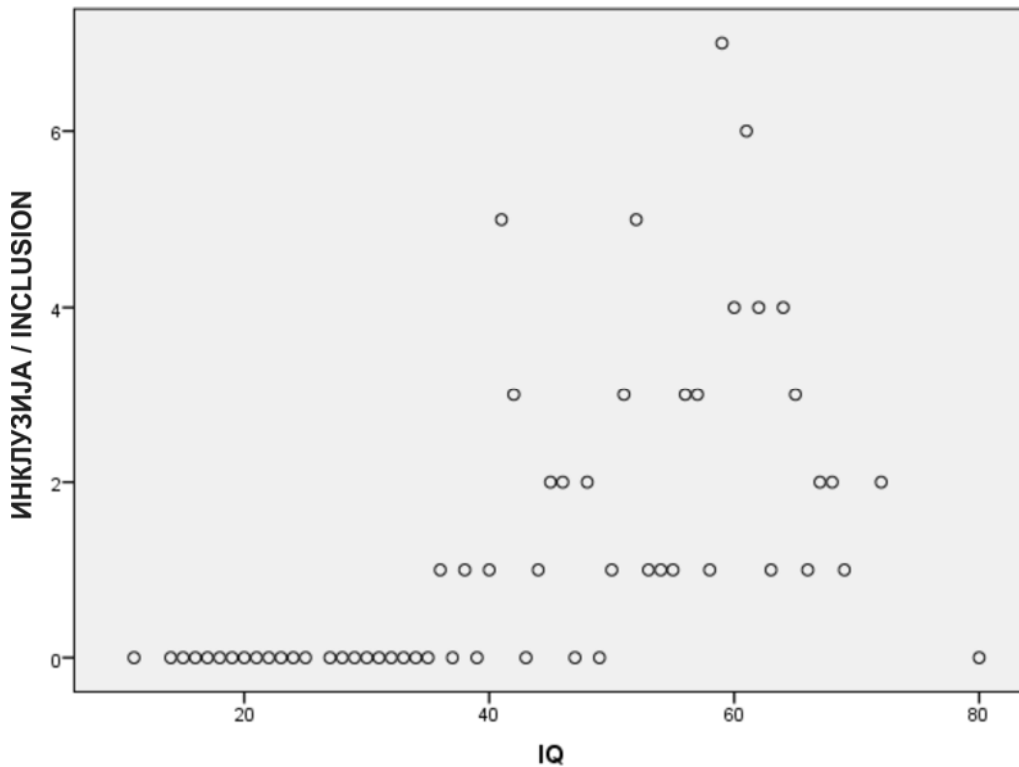
Table 2: Children with intellectual and multiple disabilities in inclusion versus non-inclusion on bases of ID category, gender, poverty level, population type, parental education, and secondary disabilities (cerebral palsy, epilepsy, and psychiatric disorders)

	Категорија/ Category	Инклузија/Inclusion		X ²	p вредност / p value
		Не/No	Да/Yes		
ИП/ID	Граничен случај/Borderline (IQ>70)	1 (33.4%)	2 (66.4%)	99.83	<0 .001
	Лесна/Mild (IQ 69-50)	25 (31.7%)	54 (68.3%)		
	Умерена/Moderate (IQ 49-35)	81 (81.8%)	18 (18.2%)		
	Тешка/Severe (IQ 34-20)	63 (100.0%)	0 (0.0%)		
	Многу тешка/ Profound (IQ<20)	15 (100.0%)	0 (0.0%)		
Пол/Gender	Женски/Female	88 (72.1%)	34 (27.9%)	0.056	0.461
	Машки/Male	97 (70.8%)	40 (29.2%)		
Ниво на сиромаштија/ Poverty Level	Сиромашни/Poor	138 (69.4%)	63 (30.6%)	3.379	0.044
	Несиромашни/Not poor	47 (81.1%)	11 (18.9%)		
Тип популација Population Type	Племенска/Tribal	99 (71.3%)	40 (28.7%)	0.006	0.524
	Неплеменска/ Non-tribal	86 (71.7%)	34 (28.3%)		
Образование на родителите/Parent Education	Никакво/None	147 (74.0%)	52 (26.0%)	23.72	< 0.001
	Основно/Primary	5 (35.0%)	11 (65.0%)		
	Средно/Middle	11 (52.0%)	10 (48.0%)		
	Гимназиско/High School	9 (100.0%)	0 (0.0%)		
	Дипломирани/Bachelor Degree	13 (93.0%)	1 (7.0%)		
Церебрална парализа/ Cerebral Palsy#	Да/Yes	81 (98.8%)	1 (1.2%)	43.98	< 0.001
	Не/No	104 (58.7%)	73 (41.3%)		
Епилепсија/Epilepsy#	Да/Yes	59 (95.2%)	3 (4.8%)	22.49	< 0.001
	Не/No	126 (64.0%)	71 (36.0%)		
Психијатриски нарушувања/ Psychiatric Disorders#*	Да/Yes	41 (77.4%)	12 (22.6%)	5.99	0.648
	Не/No	144 (70.0%)	62 (30.0%)		

#Група со комбинирани пречки /Multiple disabled groups

*Психијатриските нарушувања вклучуваат: АДХД, аутизам, афективно биполарно растројство, заблуда, депресија, опсесивно-компулсивно растројство и шизофренија

* Psychiatric disorders - comprises ADHD, autism, anxiety, bipolar affective disorder, delusional disorder, depression, obsessive-compulsive disorder, and schizophrenia.



Слика 1 Дијаграм меѓу коефициентот на интелигенција и инклузијата на децата

Figure 1 Scatter plot between IQ and inclusion of children

Група според возраста до 3 години - 2 (7%), 4 год. - 5 (22%), 5 год. - 7 (44%), 6 год. - 8 (33%), 7 год. - 7 (39%), 8 год. - 11 (44%), 9 год. - 8 (44%), 10 год. - 10 (55%), 11 год. - 5 (41%), 12 год. - 7 (44%), 13 год. - 3 (25%), 14 год. - 1 (6%) и неинклузирани 15-18 год. - 0 (0%). Хи-квадрат 41,43, вредност на $p < 0.001$, укажува дека инклузијата не се спроведува подеднакво во сите возрастни групи (табела 1).

Age wise for age group of 3 yrs. - 2 (7%), 4 yrs. - 5 (22%), 5 yrs - 7 (44%), 6 yrs - 8 (33%), 7 yrs - 7 (39%), 8 yrs - 11 (44%), 9 yrs - 8 (44%), 10 yrs - 10 (55%), 11 yrs - 5 (41%), 12 yrs - 7 (44%), 13 yrs - 3 (25%), 14 yrs - 1 (6%) and no inclusion for 15-18 yrs - 0 (0%). Chi-square 41.43, p value < 0.001 , indicates that inclusion did not occur equally in all age groups (table 1).

Граничните случаи 2 (66,4%), лесните 54 (68,3%), умерените 18 (18,2%), тешките 0 (0%) и многу тешките 0 (%) можат да бидат потполно инклузирани. Инклузијата не се спроведува подеднакво за сите категории на ИП и КП ($\chi^2=99,83, p < 0.001$). Постојат статистички разлики. Со инклузијата се опфатени полесните случаи: гранични случаи и случаи со лесни пречки. Неколкумина (18,2%) од категоријата со умерени пречки можат да посетуваат училиште, а ниту еден од категоријата тешки и многу тешки не може да ги користи услугите на инклузијата. Повеќето од децата со тешка и многу тешка попреченост имаат и комбинирани пречки. Нема разлики во инклу-

Borderline 2 (66.4%), mild 54 (68.3%), moderate 18 (18.2%), severe 0 (0%) and profound 0 (%) could get inclusive inclusion. Inclusion for all ID & MD categories did not occur equally ($\chi^2=99.83, p < 0.001$). There are statistical differences. Inclusion occurred more in less severe children of borderline and the mild category. Few (18.2%) of the moderate category could go to school while none of the children of severe and profound category could get inclusion services. Most of these severe and profound children had multiple disabilities. No difference was found for inclusion between the males 40 (29.2%), and

зијата во однос на машки 40 (29,2%) или женски 34 (27,9%) деца ($\chi^2=0.056$ $p = 0.461$). Сиромаштијата влијае на инклузијата. Децата од сиромашни семејства 63 (30,6%) и од несиромашни 11 (18,9%) можат да се вклучат во процесот на инклузијата ($\chi^2=3,37$ $p < 0.044$). Племенските и неплеменските средини не покажаа разлики во инклузијата ($\chi^2=0.006$ $p=0,524$). Образованието на родителите: без образование 52 (26%), основно образование 11(65%), средно училиште 10 (48%) гимназиско образование 0 (0%) и дипломирани 1 (7%), постигнале инклузија. Овде, образованието на родителите е значително поврзано со инклузијата на нивните деца ($\chi^2=23,72$ $p <0.001$). Децата на помалку образованите добиваат повеќе со инклузијата од оние чиито родители имаат гимназиско образование и повеќе.

Кај децата со комбинирани пречки, церебралната парализа 1(1,2%), ($\chi^2=43,98$ $p <0.001$) и епилепсијата 3 (4,8%), ($\chi^2=22,49$ $p <0.001$) значајно влијаат на инклузијата на учениците. Многу малку деца со овие две дополнителни состојби можат да бидат инклузирани, а друга состојба на психијатриско нарушување - 12 (22,6%) - не влијае на нивната инклузија ($\chi^2=5,99$ $p= 0,648$) - табела 2 и слика 1. Психијатриските нарушувања можат да се третираат, па кај овие деца се врши психофармаколошка и психолошка интервенција. Психијатриските нарушувања опфаќаат: АДХД, аутизам, анксиозност, афективно биполарно растројство, заблуда, депресија, опсесивно-компулсивно растројство и шизофренија. Бидејќи имаше многу малку лица со вакви растројства во истражувачкиот примерок, тие беа групирани заедно во една категорија.

Дискусија

Беа запишани повеќе деца на возраст од 5 до 12 години отколку оние на возраст под 5 години и над 11 години. Родителите и наставниците не беа подготвени за помалите деца, зашто многумина од нив немаа контрола за одење во тоалет. Членовите на семејствата ги сметаа за премали за образование и дадоа минимална поддршка на инклузијата. Некои од нив на таа возраст сè уште не одат, а тоа ја ограничува инклузијата. Од друга страна, за децата над 11 години, семејството и заедницата губат надеж поради нивниот бавен развој. Во

female 34 (27.9%) children ($\chi^2=0.056$, $p = 0.461$). Poverty has an effect on inclusion. Children from poor families 63(30.6%), and from not poor 11 (18.9%) could get inclusion ($\chi^2=3.37$, $p < 0.044$). Tribal 40 (28.7%), non-tribal 34 (28.3%) have not shown any difference in inclusion ($\chi^2=0.006$, $p=0.524$). Parent education none 52 (26%), primary level 11(65%), middle school 10 (48%) high school 0 (0%) and Bachelor degree 1 (7%) achieved inclusion. Thus, parental education was found significantly associated with inclusion of their children ($\chi^2=23.72$, $p<0.001$). Children of less educated parents benefited more with the inclusive education than the parents who had high school and had higher education.

In children with multiple disabilities, cerebral palsy (CP) 1(1.2%), ($\chi^2=43.98$, $p<0.001$) and epilepsy 3 (4.8%), ($\chi^2=22.49$, $p<0.001$) both affected inclusion of the students significantly. Very few children with these two-secondary conditions could receive inclusion, however another condition of psychiatric disorders 12 (22.6%) did not affect their inclusion ($\chi^2=5.99$, $p=0.648$) (Table 2 & Figure 1). Psychiatric disorders are treatable and these children received psychopharmacological and psychological intervention. Psychiatric disorders comprise ADHD, autism, anxiety, bipolar affective disorder, delusional disorder, depression, obsessive-compulsive disorder, and schizophrenia. Since frequency of these disorders was very low in study population, they were grouped together under a single category.

Discussion

Children in the age range from 5 to 12 years were enrolled more ($n=63$, 43%) than those who were below 5 or older than 11 years. Parents and teachers were probably not ready for these younger children because many of them did not have toilet control. Family members considered them too young for education and gave minimal support for inclusion. Some of them have not acquired walking at that age, which was constrained for the inclusion. On the other hand, for children

училиштата, овие деца не можат да се прилагодат во одделенијата за нивната возраст, бидејќи немаат академска подготвеност, а засрамени се ако бидат во пониските одделенија.

Децата со полесна интелектуална попреченост повеќе можат да одат во редовните училишта отколку оние со потешка интелектуална попреченост. Ниту едно од децата со тешка и многу тешка интелектуална попреченост не можеше да оди во училиште. Повеќето деца со тешка и многу тешка попреченост имаат комбинирани пречки. Имаат церебрална парализа и епилепсија и нивното движење е ограничено. Нашите училишта во Индија сè уште не се опремени за таа популација со интелектуални и комбинирани пречки со дополнителни физички, лични потреби и со потреба за движење.

Нема никаква поврзаност со полот. Се покажа дека родителите и заедницата не прават разлика меѓу машките и женските деца со интелектуални и комбинирани пречки во поглед на нивното образование. Племенските и неплеменските деца беа подеднакво праќани во училиште. Еднаквата инклузија во двете популации - племенска наспроти неплеменска - покажува дека или програмата е многу ефикасна за двете популации подеднакво или популацијата што живее во селата не ги дискриминира децата за образование врз основа на полот. Сепак, во литературата се забележува дека родителите предност за образование им даваат на машките деца со интелектуална попреченост отколку на женските деца со интелектуална попреченост (26).

Инклузијата повеќе ја прифатија децата од сиромашните семејства отколку оние од побогатите семејства. Сиромашни семејства се оние што живеат во колиби од трева и немаат никаков добиток или земја. Тие се физички работници и зависат од сезонската земјоделска работа. Побогатите семејства се во малку подобра ситуација од сиромашните, зашто имаат добиток и земја. Тие живеат во куќи од керпич или цигли и не зависат од сезонско вработување. Не најдовме објаснување за разликата, освен тоа дека некои не толку сиромашни семејства се обиделе да ги запишат децата во училиште, но набргу биле отпишани поради слабиот напредок. Сиромашните семејства не се ни обидуваа да ги инклузираат децата пред имплементацијата на

over 11 years families and even community loses hope by looking at their slow development. In schools, these children appear unfit for age appropriate classes, since they don't have academic readiness, and they feel embarrassed if they are put in lower classes.

More children with less severe intellectual disabilities were able to go to regular school than the children who have more severe disabilities. None of the children from the severe and profound category were able to go to the school. Most severe and profound children had multiple disabilities. They had cerebral palsy and epilepsy and their mobility was restricted. Our public schools in India are most likely not equipped yet to handle such a population with intellectual and multiple disabilities which have additional physical, personal and mobility needs.

There was no difference found associated with gender. It was demonstrated that parent and community do not differentiate between male and female children with intellectual and multiple disabilities for their education. Tribal and non-tribal children were equally sent to the school. Equal inclusion in both populations tribal versus non-tribal indicates that either program was effective for both populations equally or the population living in these villages does not discriminate children for education on the basis of their gender. However, it is reported in literature that parents have tendency of giving more preference for the education of male child with intellectual disabilities than female ID (26).

More children from poor families received inclusion than children from wealthier families. Poor families were those living in grass huts and did not have any livestock and land. They were manual laborers and dependent on seasonal agricultural work. The wealthier families were a little better off than the poor, because these families had some livestock and land. They were living in mud or brick houses and were not dependent on seasonal employment. We could not find a reason for this difference except that some not very poor families shared that they tried to enroll their children in school, but children were withdrawn

овој проект. Па, според тоа, тие немаат никакво искуство со тоа.

Сиромашните семејства беа поотворени, помотивирани и ентузијастички расположени за праќање на нивните деца в училиште. Најверојатно вложуваа повеќе надеж од другата група. Повеќе деца беа вклучени во инклузивниот процес од понеобразовани родители отколку од оние родители со средно или повисоко образование. За заедницата образованието значи поголема продуктивност и приход. Во текот на состаноците на заедницата, состаноците на родителите и обуките за родители, тимот за рехабилитација во заедницата константно забележуваше дека родителите со средно и повисоко образование негативно размислуваат за своите деца. Тие родители сметаат дека на нивните деца со ИП и КП им е потребна поголема поддршка во текот на нивниот живот и ќе немаат многу придобивки од образованието (27). Родителските состаноци беа организирани во рамките на проектот за да се надмине песимистичкиот став на родителите. Исто така, беа спроведени сесии еден на еден.

Церебралната парализа и епилепсијата имаат значителен ефект на инклузијата на децата со комбинирани пречки. Церебралната парализа и епилепсијата се почесто врзани за тешката и за многу тешката интелектуална попреченост (28-29). Овие нарушувања понатаму ја зголемуваат зависноста од негуватели. Не можеше да се утврди дали инклузијата беше попречена поради присуството на комбинирани пречки или само поради нивните ограничени когнитивни способности. Многу од децата со комбинирани пречки со церебрална парализа имаа проблем со движењето. На родителите им беше тешко да ги носат в училиште. Нашиот тим се грижеше и за овој проблем. Неколкумина од родителите беа мотивирани да ги носат в училиште, но не можеа да го сторат тоа зашто мораа да одат на работа. Многумина наставници беа подготвени да ги вклучат и да ги учат овие ученици во нивните училиници. И еден друг географски фактор, како што се оддалеченоста на училиштето од домот, недостаток на транспорт и ридските патеки, многу влијае на инклузијата. Многу од децата не можат да ја поминат таа оддалеченост, а некои се плашеа да одат сами. Интересно е да се забележи дека психијатриски-

very soon due to their poor performance. Poor families have not attempted to utilize inclusion before the implementation of this project. Thus, they did not have any experience.

Poor families were more open, motivated and enthusiastic of sending their children to school; probably they had more hopes in their children than the other groups. More children were able to attend inclusion from less educated parents than the parents that had high school education and above. Community takes education in terms of productivity and more income. During community meetings, parent meeting and trainings of parents CBR team constantly observed that parents who had high school and above education have negative mindset about their children. These parents think that their children with ID and MD need support throughout their lives and will not benefit much with the education (27). Parent meetings were organized in the project to address this pessimistic attitude of the parent. One on one counseling sessions were also conducted.

Cerebral palsy and epilepsy have significant effect on the inclusion of children with multiple disabilities. Cerebral Palsy and epilepsy are more common in severe and profound ID (28-29). These disorders further increase dependency on caretakers. It cannot be said whether inclusion was affected due to presence of multiple disabilities or only because of their limited cognitive abilities. Many MD children with CP condition had problems with their mobility. It was difficult for parents to take them to school. Our team was also concerned about this issue. Siblings, parents, community members and other ID and non disabled peers were encouraged to assist these children to get to the school. But this did not help much. A few parents were motivated to take them to the school, but they were not able to do so because they had to go to work. Many teachers were willing to enroll and teach these students in their classroom. Other geographical factors such as the distance of school from home, lack of transportation and hilly pathway had a huge effect on the inclusion. Many children could not walk that distance and some felt scared when they had to walk alone. It was interesting to

те нарушувања не влијаат негативно на инклузијата. Точкастиот x/y -дијаграм на сликата 1 укажува на можноста за инклузија на истражувачкиот примерок со повисок коефициент на интелигенција.

Заклучок

Ова истражување дава значајни информации за инклузијата на деца со интелектуални и комбинирани пречки кај запоставената и маргинализирана популација. Пристапот за рехабилитација во заедницата може да им помогне на граничните случаи, на лесно и умерено интелектуално попречените деца да се вклучат во инклузивното образование. Ова истражување обезбедува знаења за стручните лица вклучени во проценката и дијагностицирањето. Децата со коефициент на интелигенција 40 и повеќе имаат можност за инклузија, зашто тие имаат понизок процент на комбинирани пречки. Приодот за рехабилитација во заедницата е остварлив и прифатлив за земјите во развој, особено за сиромашните рурални средини. Рехабилитацијата во заедницата може да ја поттикнува инклузијата на деца со интелектуални и комбинирани пречки со вклучување на нивните сиромашни и необразовани родители. РЗЗ исто така ја развива свеста за инклузивното образование во заедницата, со што го олеснува процесот на инклузија.

Децата со инклузивно образование не постигнуваат академски резултати како нивните врстници и не можат да ги поминуваат одделенијата, но покажуваат подобар прогрес во сферата на социјалното однесување и комуникацијата, за разлика од децата што не посетуваат редовни училишта. Стандардизираниите тестови: Функционална листа за процена на планирањето (Functional Assessment Checklist for Planning - FACP) Инструмент за процена на јазикот (Language Assessment Tool - LAT), Скала за процена на однесувањето на децата со ментална ретардација во Индија (Behavioral Assessment Scales for Indian Children with Mental Retardation - BASIC-MR) и VSMS, одвреме-навреме беа применувани на сите деца. Тие беа способни да се вклучат во општествената средина од изолираниот живот дома. Државните власти промовирајќи го инклузивното образование за деца со интелектуални и комбинирани пречки,

note that psychiatric disorders did not have a negative impact on the inclusion. The scatter plot in figure 1 demonstrates the likelihood of inclusion in study participants as IQ scores increase.

Conclusion

This study provides significant knowledge about inclusion of children with intellectual and multiple disabilities in a deprived and marginalized population. CBR approach can assist borderline, mild and moderate ID to get inclusive education. This study provides knowledge to the professionals involved in assessment and diagnosis. Children with 40 and above IQ have chance of inclusion, because they have a lower % of multiple disabilities. CBR could be a feasible and acceptable approach for developing countries especially for poor rural settings. CBR can foster inclusion of children with intellectual and multiple disabilities by involving their poor and non-literate parents. CBR also develops awareness on inclusive education in community, which smoothens the process of inclusion.

Children receiving education in an inclusion setting did not master the academic concepts like their age-matched peers and could not pass the grade but they have shown better progress in the area of social, behavior, and communication than the children that could not attend regular school. Standardized tests “Functional Assessment Checklist for Planning” (FACP), “Language Assessment Tool” (LAT), “Behavioral Assessment Scales for Indian Children with Mental Retardation” (BASIC-MR), and VSMS were administered periodically with all children. Children that received inclusion had shown better results on these tests than those that did not attend school. Children received socialization with their peers. They were able to come out in society from isolated living at home. State government

лектуални и комбинирани пречки преку ОСН, можат да се свртат и на приодот за рехабилитација заснована во заедницата. Некои од стратегиите на РЗЗ може да се искористат од ОСН за да се зголеми учеството на родителите и заедницата во зголемувањето на можностите за инклузија. НВО-секторот може да биде финансиски поддржан од ОСН, којашто може да го прошири својот дострел за олеснување на инклузијата во редовните училишта.

Ограничувања на истражувањето

Во ова истражување се обидовме да ги сумираме главните откритија од областа на инклузијата на децата со интелектуални и комбинирани пречки. Постоеја повеќе аспекти што водea кон успех на програмата, но имаше и многу проблеми, вклучувајќи ги финансиските, оние поврзани со политиките и со ставовите - со коишто се соочи нашиот тим во процесот на инклузијата. Соодветната документација и публикација во кои се користат квалитативните методи во овој проект може да биде корисно четиво за стручните лица и за креаторите на политиката што работат во областа на рехабилитацијата во заедницата и инклузијата.

Литература/ Reference

1. Dakar S. Education for All 2000 Assessment. World Education Forum Statistical Document [online]. 2000 April 26-28 [cited 2013 Jan 3]; Available from: URL: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001204/120472e.pdf>
2. Dawson E, Hollins S, Mukongolwa M, Witchalls A. Including disabled children in Africa. *Journal of Intellectual Disability Research* 2003 Mar; 47 (3):153–154.
3. Singal N. Education of Children with disabilities in India. Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report [online] 2010 [cited 2013 Jan 5]; Available from: URL: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186611e.pdf>
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. Definition: intellectual disability [online]. 2010 [cited 2013 Feb 4]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>
5. Ellison JW, Rosenfeld JA, Shaffer LG. Genetic Basis of Intellectual Disability. *Annual Review of Medicine* 2013 Sep; 64: 441–50.
6. Chen Y. Education to Multiple disabilities in China. China National Institute of Education Research [online] 2004 Oct 16 [cited Feb 6]; Available from: URL: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:J2IA0c-NNuAJ:scholar.google.com/++education++to++multiple+disabilities+in+china+Yunying+Chen+&hl=en&as_sdt=0,25

7. Mercadante MT, Evans-Lacko S, Paula CS. Perspectives of intellectual disability in Latin American countries: epidemiology, policy, and services for children and adults. *Current Opinion in Psychiatry* 2009 Sep; 22 (5):469–474.
8. Girimaji SC, Srinath S. Perspectives of intellectual disability in India: epidemiology, policy, services for children and adults. *Current Opinion in Psychiatry* 2010 Sep; 23 (5):441–446.
9. Narayanan HS. A study of the prevalence of mental retardation in Southern India. *International Journal of Mental Health* 1981; (10):28–36.
10. Maulik PK, Harbour CK. Epidemiology of Intellectual Disability. *International Encyclopedia of Rehabilitation* [online] 2013 [cited 2013 Jan 5]; Available from: URL: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/>
11. Lightfoot E. Community-based rehabilitation: A rapidly growing method for supporting people with disabilities. *International Social Work* 2004 Oct 1; 47 (4):455–468.
12. Velema J, Ebenso B, Fuzikawa PL. Evidence for the effectiveness of rehabilitation-in the-community programmes. *Leprosy Review* 2008 Mar; 79 (1):65–82.
13. Alur M. Some Cultural and Moral Implications of Inclusive Education in India – personal view. *Journal of Morel Education* 2001 Aug 3; 30 (3):287–292.
14. Linday GL. Inclusive Education in India: Interpretation, Implementation and Issues. Consortium for research on Educational Access, Transition and Equity [online] 2007 Sep [cited Feb 6]; Available from: URL: http://www.create-rpc.org/pdf_documents/PTA15.pdf
15. Das AK, Gichuru M, Singh A. Implementing inclusive education in Delhi, India: regular school teachers' preferences for professional development delivery modes. *Professional Development in Education* 2013; DOI: 10.1080/19415257.2012.747979
16. Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India. National Policy For Person with Disabilities [online] 2006 Feb 6 [cited 2013 Jan 5]; Available form: URL: <http://www.socialjustice.nic.in/nppde.php?format=print>
17. Kalyanpur M. The influence of western special education on community-based services in India. *Disability and Society* 1996 July 1; 11(2):249–270.
18. Sarva Shiksha Abhiyan. Inclusive Education CWSN [online] 2006 [cited 2013 Jan 5]; Available from: URL: http://siteresources.worldbank.org/INDIAEXTN/Resources/295583-1220435937125/Richa_Sharma_1_4a.pdf
19. Backgrounders & Discussion Papers. India's most backward districts: List of 1997 Sarma Committee [online]. 1997 [cited 2013 Jan 4]; Available from: URL: <http://www.empowerpoor.org/backgrounder.asp?report=19>
20. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A, Weiss H. Evaluation of a community –based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *British Journal of Psychiatry* 2003 Aug 30; (182):57–62.
21. Janani Suraksha Yojana. Study Report on JSY Evaluation Phase 1, Barwani District, Madhya Pradesh [online]. 2010 April 24 – May 2 [cited 2013 Jan 4]; Available from URL: http://nhsrindia.org/pdf_files/resources_thematic/Reproductive_Child_Health/NHSRC_Contribution/Study_Reports/JSY_Evaluation.pdf
22. Health System in India: Crisis & Alternatives. National Coordination Committee, Jan Swasthya Abhiyan [online] 2006 Oct [cited 2013 Jan 5]; Available from: URL: http://www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/8/85/JSA_Health_system_in_India.pdf
23. Schalock RL, Ruth A, Luckasson, Karrie AS, Borthwick-Duffy S, Bradley V et al. The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities* 2007 April; 45 (2):116–124.
24. World Health Organization. Mental Health, Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities [online]. 2007 [cited 2013 Jan 4]; Available from: URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563505eng.pdf>

25. Kishore MT, Nizamie A, Nizamie SH, Jahan M. (2004) Psychiatric diagnosis in person with intellectual disability in India. *Journal of Intellectual Disability Research* 2004 Jan; 48(1):19–24.
26. Singal N. Inclusive Education in India: International concept, national interpretation. *International Journal of Disability, Development and Education* 2006 Sep; 53(3):351–369.
27. Lakhan R., Sharma M. A Study of knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Survey of Families Towards their Children with Intellectual Disability in Barwani, India. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2010; 21 (2):101-117.
28. D'Amelio M, Shinnar S, Hauser WA. *Epilepsy in children with mental retardation and cerebral palsy*. Boston: Epilepsy and Developmental Disabilities; 2004.
29. McDermott S, Moran R, Platt T, Wood H, Isaac T, Dasari S. Prevalence of Epilepsy in Adults With Mental Retardation and Related Disabilities in Primary Care. *American Journal of Mental Retardation* 2005 Jan; 110(1):48–56.